

на реалізацію публічного інтересу та відсутність мети отримання прибутку для подальшого його розподілу між учасниками або засновниками таких юридичних осіб, 2) визначення напрямів діяльності уповноваженими суб'єктами, 3) особливий порядок формування та розпорядження майном, 4) поєднання державних ресурсів і власних надходжень, а також 5) застосування інструментів фінансового планування. Сукупність цих ознак відображає особливий правовий статус таких юридичних осіб, зумовлений публічним характером їх створення та діяльності.

Література

1. Цивільний кодекс України : Кодекс України; Закон України від 16.01.2003 № 435-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/435-15>

2. Про управління об'єктами державної власності : Закон України від 21.09.2006 № 185-V // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/185-16>

3. Кочин В. В. Юридичний парадокс державних некомерційних товариств: *circulus in demonstrando* та *red herring*. Вісник Науково-дослідного інституту приватного права і підприємництва імені академіка Ф. Г. Бурчака НАПрН України. 2025. С. 84–89. URL: https://repository.ndippp.gov.ua/bitstream/handle/765432198/1140/%D0%9A%D0%BE%D1%87%D0%B8%D0%BD_%D0%92%D0%B0%D1%81%D0%B8%D0%BB%D1%8C%D1%94%D0%B2%D0%B0_2025.pdf?sequence=1&isAllowed=y

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-651-8-70>

КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК ВІКОМ 18–35 РОКІВ У ПРИВАТНИХ ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ОБҐРУНТУВАННЯ ТА РЕЗУЛЬТАТИ АПРОБАЦІЇ

Чернов Андрій Борисович

*аспірант кафедри філософії факультету соціології і права
Національного технічного університету України
«Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського»
м. Київ, Україна*

Соціальне здоров'я жінок є багатовимірною характеристикою, що охоплює якість соціальних зв'язків, здатність виконувати обраний

соціальні ролі, користуватися медичними й соціальними ресурсами, зберігати автономію та брати участь у житті суспільства. У сучасній реляційній концепції воно пов'язується не лише з кількістю контактів, а насамперед з їхньою якістю та відповідністю потребі людини у значущому зв'язку [1, с. 620–625]. Евдемоністичний підхід доповнює це розуміння вимірами соціальної інтеграції, прийняття, внеску, актуалізації та узгодженості [2, с. 122–129]. Для жінок віком 18–35 років ці складники мають особливе значення через одночасне професійне становлення, формування партнерських і сімейних відносин, реалізацію репродуктивних планів та виконання доглядових функцій.

В українських умовах соціальне здоров'я молодих жінок додатково залежить від гендерної рівності, економічної автономії, характеру зайнятості, розподілу неоплачуваної праці та доступності підтримки [3, с. 15–22]. Повномасштабна війна посилила ментальне навантаження, рольове перевантаження та ризики психологічного дезадаптування [4, с. 127–132]. Водночас доступність медичної допомоги не зводиться до фізичної наявності послуг: вона визначається відповідністю між потребами пацієнтки та характеристиками системи охорони здоров'я, зокрема територіальною досяжністю, організаційною зручністю, фінансовою прийнятністю та соціокультурною відповідністю [5, с. 127–131; 6, с. 161–171].

Приватні заклади охорони здоров'я можуть оперативніше впроваджувати цифрові сервіси, нові організаційні моделі та персоналізовані маршрути пацієнток. Проте організаційна гнучкість приватного сектору сама по собі не гарантує рівності доступу без належної координації, регулювання та механізмів фінансового захисту [7, с. 770–776]. В умовах гуманітарних і воєнних криз ці проблеми поєднуються з вимушеною міграцією, психоемоційним виснаженням і порушенням безперервності медичної та соціальної допомоги [8, с. 371–376]. В Україні також зберігаються організаційні, часові, фінансові й територіальні бар'єри доступу до медичних послуг [9, с. 403–434].

Мета дослідження – обґрунтувати, розробити та апробувати комплексну програму формування соціального здоров'я жінок віком 18–35 років в умовах приватних закладів охорони здоров'я.

Емпіричне дослідження мало багатофазний характер. Основний етап проведено за повторним двохвильовим поперечним дизайном у травні–серпні 2023 та 2024 років на базі семи клінічних майданчиків приватних закладів охорони здоров'я у Київському регіоні, Броварах, Одесі, Вінниці та Львові. У кожній хвилі опитано 1500 жінок: по 500 респонденток у вікових групах 18–25, 26–30 і 31–35 років. Вибірки формували неімовірнісним цільовим доступним способом із квотами за віком і територією. Дві хвилі були незалежними, оскільки анонімні

анкети не поєднувалися за індивідуальними ідентифікаторами. Порівняння часток між хвилями здійснювали двобічним z-критерієм для незалежних пропорцій, розподіли категорій доступності – критерієм χ^2 Пірсона. Індексні показники аналізували описово.

Оцінювали одинадцять показників досвіду отримання послуг: ставлення лікарів, загальну та фінансову доступність, час очікування, професійну компетентність персоналу, відчуття безпеки, якість комунікації, можливість отримати консультацію у зручний час, поінформованість про стан здоров'я та права пацієнтки, зручність запису та соціально-психологічну підтримку. Додатково розраховували авторський індекс доступності для багатoproфільних і вузькопрофільних приватних закладів.

Результати основного дослідження засвідчили позитивну, але помірну міжрічну динаміку. Частка позитивних оцінок зросла за всіма одинадцятьма показниками, однак статистично значущі зміни встановлено лише щодо ставлення лікарів до пацієнток – з 69,7 % у 2023 році до 73,1 % у 2024 році ($p = 0,039$), а також щодо загальної доступності медичних послуг – з 65,7 до 69,2 % ($p = 0,043$). У розрізі окремих вікових груп жодне з 33 зіставлень не досягло статистичної значущості. Загальний індекс доступності багатoproфільних закладів зріс зі 150,1 до 163,4, вузькопрофільних – зі 166,6 до 179,6. Водночас для багатoproфільних закладів частка найвищих оцінок знизилася з 26,9 до 18,3 %, а частка задовільних зросла з 48,1 до 63,4 %, тобто підвищення індексу відбулося переважно внаслідок переходу від низьких оцінок до задовільних.

Виявлені бар'єри стали основою для розроблення комплексної програми, побудованої на принципах екосистемності, полімодальності, солідарності, конструктивної стимуляції та континуальності. Програма поєднала чотири взаємопов'язані блоки: медичний – профілактичні огляди та скринінги; психологічний – індивідуальні консультації й групи підтримки; освітньо-соціальний – лекції, практикуми та школу жіночого здоров'я; соціальний – пільгові профілактичні обстеження та взаємодію з партнерами. Така структура поєднує клінічну допомогу з інформаційною підтримкою, розвитком відповідальної здоров'я-збережувальної поведінки, покращенням комунікації та формуванням безпечнішого середовища для отримання послуг.

Апробацію проведено за одnogруповим дизайном «до – після» на базі одного приватного закладу охорони здоров'я. До програми залучено 165 жінок, із яких 150 завершили восьмимісячний цикл і обидва вимірювання. Збереження знеособлених індивідуальних ідентифікаторів уможливило парне зіставлення результатів за критерієм Мак-Немара з поправкою на неперервність. Після впровадження програми частка

позитивних оцінок соціально-психологічної підтримки зросла із 70,67 до 85,33 % ($\chi^2 = 13,78$; $p < 0,001$), поінформованості про стан здоров'я та права пацієнтки – із 65,33 до 78,67 % ($\chi^2 = 11,28$; $p < 0,001$), якості комунікації з лікарями – із 68,67 до 82,00 % ($\chi^2 = 12,03$; $p < 0,001$), відчуття безпеки – із 70,00 до 83,33 % ($\chi^2 = 12,03$; $p < 0,001$). Щонайменше однією складовою програми було охоплено 148 учасниць, або 98,67 %.

Описове зіставлення двох етапів показало, що позитивна динаміка під час апробації була вираженішою, ніж міжрічні зміни у двох незалежних вибірках загальною чисельністю 3000 респонденток: у незалежних вибірках приріст за одинадцятьма показниками переважно становив 1–4 відсоткові пункти, тоді як у групі апробації – 13,33–14,66 відсоткові пункти за чотирма показниками. Водночас через відмінності в дизайні та відсутність контрольної групи це порівняння не є оцінкою причинного ефекту програми. На результати могли вплинути організаційні зміни в закладі, ефект повторного анкетування та самовідбір учасниць.

Отже, комплексна програма може розглядатися як перспективний організаційний інструмент для приватних закладів охорони здоров'я. Її впровадження асоціювалося з посиленням соціально-психологічної підтримки, підвищенням поінформованості, покращенням комунікації та зміцненням відчуття безпеки. Практична цінність програми полягає в переході від надання окремих медичних послуг до інтегрованого медико-соціального супроводу для жінки. Подальша оцінка потребує залучення контрольного закладу, використання валідованих шкал соціального здоров'я та тривалішого спостереження.

Література

1. Doyle D. M., Link B. G. On social health: history, conceptualisation, and population patterning. *Health Psychology Review*. 2024. Vol. 18, No. 3. P. 619–648. DOI: <https://doi.org/10.1080/17437199.2024.2314506>.
2. Keyes C. L. M. Social well-being. *Social Psychology Quarterly*. 1998. Vol. 61, No. 2. P. 121–140. DOI: <https://doi.org/10.2307/2787065>.
3. Грузева Г. С., Галієнко Л. І., Антонюк О. Я. Соціальні детермінанти громадського здоров'я в Україні: гендерний вимір. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. № 3 (81). С. 15–22. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2019.3.10650>.
4. Замкова І. В., Сіренко Н. М., Вільховецька А. О., Сологуб Л. О. Гендерна реконфігурація ментального навантаження українських жінок в умовах повномасштабної війни. *Modern Economics*. 2026. № 55. С. 127–132. DOI: [https://doi.org/10.31521/modecon.V55\(2026\)-17](https://doi.org/10.31521/modecon.V55(2026)-17).

5. Penchansky R., Thomas J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care. 1981. Vol. 19, No. 2. P. 127–140. DOI: <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>.

6. Peters D. H., Garg A., Bloom G., Walker D. G., Brieger W. R., Rahman M. H. Poverty and access to health care in developing countries. Annals of the New York Academy of Sciences. 2008. Vol. 1136. P. 161–171. DOI: <https://doi.org/10.1196/annals.1425.011>.

7. Moise A. D., Popic T. Political determinants of health: health care privatisation and population health in Europe. Journal of Health Politics, Policy and Law. 2024. Vol. 49, No. 5. P. 769–782. DOI: <https://doi.org/10.1215/03616878-11257024>.

8. Rabbani F., Zahidie A., Siddiqui A., Shah S., Merali Z., Saeed K. et al. A systematic review of mental health of women in fragile and humanitarian settings of the Eastern Mediterranean Region. Eastern Mediterranean Health Journal. 2024. Vol. 30, No. 5. P. 369–379. DOI: <https://doi.org/10.26719/2024.30.5.369>.

9. Матвіїв В. В. Рівні доступності послуг ланки первинної медичної допомоги в умовах реформування галузі охорони здоров'я: маркетинговий підхід. Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління. 2022. Т. 21, вип. 3 (52). С. 403–434. DOI: [https://doi.org/10.18524/2413-9998.2022.3\(52\).275822](https://doi.org/10.18524/2413-9998.2022.3(52).275822).

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-651-8-71>

АКТУАЛЬНІСТЬ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «КОСМІЧНЕ ПРАВО» ЯК ЧАСТИНИ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВИХ НАУК В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ

Шерстюк Ганна Миколаївна

кандидат юридичних наук, доцент,

доцент кафедри адміністративного права та адміністративної діяльності факультету підготовки фахівців

для органів досудового розслідування Національної поліції України,

Одеський державний університет внутрішніх справ

м. Одеса, Україна

Сучасний розвиток космічної діяльності поступово змінює також погляд на місце космічного права в юридичній науці та у вищій освіті. Тому, на нашу думку, дисципліна «Космічне право» не повинна розглядатися лише як вузькоспеціалізована складова міжнародного